

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
INSTITUT DENTAIRE — Professeur Dr Ch. JULLIARD

De l'influence
de la tuberculose
pulmonaire ou osseuse
sur l'évolution des traitements
dentaires

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

par
Louis LORÉTAN
Médecin-dentiste à Sierre

NEWYORK SOCIETY
OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

IMPRIMERIE E. SCHÖEHLI - SIERRE

1930

De l'influence
de la tuberculose
pulmonaire ou osseuse
sur l'évolution des traitements
dentaires

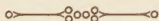
THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

par

Louis LORÉTAN

Médecin-dentiste à Sierre



Thèse No 69

IMPRIMERIE E. SCHÖEHLI - SIERRE

1930

La faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le professeur JULLIARD, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 mai 1930.

Le Doyen:
Dr M. ROCH.

Monsieur le professeur JULLIARD a bien voulu nous diriger dans l'accomplissement de ce travail; ce fut pour nous une autorité précieuse et bienveillante. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude. Notre reconnaissance va aussi à M. le colonel HAUSER, médecin chef de l'armée, qui nous a autorisé à puiser nos observations au sanatorium militaire de Montana.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De l'influence de la tuberculose pulmonaire ou osseuse sur l'évolution des traitements dentaires

INTRODUCTION

Depuis près de quatre ans que nous nous occupons des soins dentaires au sanatorium militaire de Montana, nous avons pu faire d'intéressantes constatations au sujet de l'évolution du traitement dentaire chez les malades atteints de tuberculose. Malgré toutes nos recherches dans la littérature de ces vingt dernières années, nous n'avons trouvé aucun ouvrage traitant ce sujet, par contre assez nombreux sont les travaux relatant l'influence de la tuberculose sur la dentition.

La plupart des stomatologistes admettent avec Miller que le premier stade de la carie est une décalcification des tissus dentaires produite surtout par l'acide lactique, suivi d'une invasion bactérienne capable de solubiliser et de peptoniser les produits albumineux formant la substance fondamentale de la dent. Mais en plus de ces causes directes s'ajoutent naturellement des influences prédisposantes. Parmi celles-ci, citons les maladies chroniques, les influences professionnelles, le manque d'hygiène, etc., en un mot toute circonstance produisant un affaiblissement de l'organisme.

L'influence prédisposante de la tuberculose en particulier est facile à démontrer, puisque cette maladie s'accompagne toujours d'une décalcification de l'organisme. Au point de vue dentaire, cette décalcification se manifeste surtout au niveau des racines (Saraval) (10). En effet, si à la radiographie, la transparence de la couronne dentaire est à peine perceptible, les canaux radiculaires montrent des limites

moins nettes. La décalcification des dents prouve que la dentition participe au trouble du métabolisme calcaire provoqué par la tuberculose. Cette déminéralisation ajoutée à l'affaiblissement de l'organisme montre bien combien les patients tuberculeux sont en même temps prédisposés à la carie dentaire.

Neumann (6), déjà à la fin du siècle passé, publia les résultats de ses recherches au sujet des relations de la tuberculose et de la carie dentaire spécialement chez les enfants en-dessous de 5 ans. Selon lui, la carie circulaire du collet de la dent serait un symptôme très précoce et très important pour la tuberculose. Les 56 % des cadavres observés par lui présentaient des lésions tuberculeuses et des caries au collet, alors que 15 % seulement ne présentaient que de la tuberculose sans carie. Dans les cas cliniques, les $\frac{2}{3}$ des enfants avec des caries circulaires situées au collet étaient tuberculeux ou scrofuleux. Birkenthal (2) contrôla ces résultats en examinant plus de mille enfants dont six cents présentaient de la carie et seulement cinquante avaient des caries circulaires au collet. Sur ces cinquante derniers, huit étaient nettement tuberculeux, quatorze étaient très chétifs et avaient des parents tuberculeux. Cependant Birkenthal n'est pas de l'avis de Neumann de considérer la carie du collet chez les petits enfants comme un symptôme de tuberculose, il recommande néanmoins de faire examiner par un spécialiste les enfants présentant des caries circulaires. Plus récemment, Vasquez Rodriguez (11) a fréquemment observé les trois symptômes de Morton (amaigrissement — toux — fièvre) chez les patients affligés de carie dentaire. Il faudrait par conséquent dans tous les cas où avec la carie dentaire, on trouve l'un ou plusieurs de ces symptômes, faire examiner le patient au point de vue pulmonaire.

Saraval (10) a comparé l'état buccal des tuberculeux à l'état buccal des autres malades et n'a pas trouvé une différence appréciable; c'est que la carie dentaire n'est pas en relation avec une maladie spécifique, mais dépend de l'état général de l'organisme. D'après les recherches

de Lebourg (4), la carie dentaire serait un peu plus fréquente chez les tuberculeux que chez les gens sains. Cette fréquence est bien plus marquée dans les cas de foyers actifs qu'avec des procédés stationnaires, mais même dans ce cas, la carie dentaire n'est pas un signe pathognomonique de la tuberculose, mais seulement une manifestation secondaire; l'auteur souligne l'importance des soins dentaires, vu que les dents sont situées au niveau de la principale porte d'entrée de la tuberculose.

Fargin-Fayolle et Thibault (3) insistent sur l'importance de la septicité bucco-dentaire dans l'étiologie des infections ganglionnaires et tout spécialement chez l'enfant. Ces infections ganglionnaires sont d'autant plus graves qu'elles peuvent secondairement devenir tuberculeuses. L'infection tuberculeuse directe par la voie dentaire est du reste admise par un grand nombre d'auteurs et Cornet et Odenthal (7) en ont apporté des preuves expérimentales. Il faut aussi citer les expériences de Mendel (5) au sujet de la possibilité de l'infection tuberculeuse généralisée par la voie dentaire. Ayant chez un singe trépané deux dents, il contamina la pulpe avec une émulsion de culture virulente de bacilles bovins. L'infection de la pulpe a provoqué dans un cas une forme grave de gingivite à tendance destructive; et dans l'autre cas la formation d'un abcès vestibulaire dans le pus duquel l'examen bactériologique a montré la présence de bacilles de Koch. L'autopsie de l'animal, pratiquée quelques jours après, a révélé l'existence d'une infection tuberculeuse généralisée; le foie, la rate, le rein, le poumon étaient parsemés de nombreuses granulations miliaires. Toutes ces formations tuberculeuses présentaient le même stade de développement. Les ganglions sous-maxillaires correspondant au territoire infecté n'ayant pas montré de bacilles de Koch, il est vraisemblable que la propagation et la généralisation se soient réalisées par la voie sanguine.

Les praticiens s'occupant de médecine générale et les stomatologistes eux-mêmes ne mettent souvent pas assez en garde les patients sur les dangers que présentent les dents et les racines infectées au point de vue de l'état gé-

néral, et de l'importance qu'il y a de les éliminer ou de les traiter. En dehors des septicémies aiguës et des septicopyohémies, conséquentes d'un envahissement microbien brusque et massif, les infections bucco-dentaires sont susceptibles de diffuser des germes pathogènes dans l'organisme de façon lente, minime mais continue, et d'entretenir ainsi une septicémie chronique pouvant, soit provoquer ultérieurement des lésions secondaires dans différents organes situés à distance, soit réveiller d'anciens foyers septiques, soit être enfin un facteur d'aggravation pour certaines infections spécifiques comme la tuberculose, la syphilis etc. D'après Price, Ayes, (9) le développement de la tuberculose pulmonaire serait même parfois en relation avec les phénomènes d'anergie ou les troubles du métabolisme calcique engendrés par l'action septique et toxique des suppurations focales chroniques.

Les lésions buccales, sources de cette septicité, sont diverses, et l'infection qui en résulte peut selon leur nature être exogène et s'effectuer par le tube digestif ou endogène et se propager par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Dans la première forme se rangent toutes les lésions bucco-dentaires apparentes (caries dentaires, infections gingivales, stomatites, fistules buccales) dont les produits septiques directement déversés dans la bouche, sont déglutis et absorbés au niveau du tube digestif. Mais à côté de ces lésions visibles qui sont l'origine de la pyophagie existent d'autres lésions infiniment moins apparentes (granulomes-kystes) et qui cependant constituent un des facteurs les plus importants de la théorie des infections focales.

CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES

L'état buccal des soldats nouvellement arrivés à la clinique militaire est en général déplorable. Environ le 60 % ont une dentition très négligée. Les caries sont nombreuses et les gencives souvent très enflammées.

Les patients ayant besoin de soins dentaires sont envoyés à notre consultation par le médecin de la clinique, s'ils ne viennent pas d'eux mêmes, souvent poussés par la douleur. Mis au courant de leur état buccal, ils se laissent ensuite soigner leur dentition. Les soins dentaires chez les tuberculeux n'offrent en général rien de particulier. Les injections anesthésiantes agissent très bien et les extractions guérissent normalement. Nous avons pu constater en particulier que les obturations se conservent très bien et que les caries secondaires sont très rares, sauf quand il s'agit de malades dont l'état général est mauvais et présentant une capacité immunisatrice très faible (capacité immunisatrice basée sur la sédimentation des globules rouges et la composition des leucocytes).

Ces résultats favorables obtenus en dentisterie opératoire sont dûs à la thérapeutique appliquée aux tuberculeux. En effet, le traitement des tuberculeux a évolué dans un sens très favorable à la conservation de la dentition. Alors que les sirops et les remèdes à base de créosote, non seulement n'entraient pas la perturbation dans le métabolisme minéral se manifestant avec la tuberculose, ces médicaments étaient par eux-mêmes néfastes à la dentition.

Parmi les médicaments actuellement utilisés dans la lutte contre la tuberculose, le calcium joue le premier rôle. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'action du calcium. Beaucoup sont de l'avis de Robins que la tuberculose produit une décalcification de l'organisme. Il faut donc administrer du calcium aux tuberculeux. D'après Periti, le sang a besoin d'une quantité définie de calcium pour la coagulation. Si le calcium manque, la coagulation ne peut avoir lieu,

alors que l'addition même d'une faible quantité de calcium au sang normal retarde la coagulation. Selon Periti, les tuberculeux avec hémoptysie ont une quantité de ions calcium supérieure à la normale dans le sang; l'absorption de calcium chez ces malades produirait donc un retard encore plus grand dans la coagulation. A Montana, nous avons pu observer quelquefois des hémorragies assez rebelles consécutives aux extractions dentaires; il est possible qu'on puisse en partie attribuer ces hémorragies, très rares du reste, à la trop grande quantité de ions calcium dans le sang? Beaucoup d'auteurs n'admettent néanmoins pas cette théorie (Kane et Luciani). D'après Villareale (12) l'action thérapeutique du calcium peut se résumer comme suit: récalcification de l'organisme, augmentation de la tonicité du sympathique et des systoles cardiaques, action sur les muscles lisses, action antiémétique et diurétique sur l'organisme, le calcium favorise aussi la coagulation sanguine ainsi que la phagocytose des leucocytes et abaisse la température du corps en cas de fièvre.

A la calcithérapie s'ajoute l'héliothérapie qui assure selon les expériences de Hess (1) et de ses collaborateurs la fixation du calcium et du phosphore dans les couches chondro-calcaires des os, et d'après de nombreuses et minutieuses recherches de Voringe, Lesné et Weil, (1) l'héliothérapie et les irradiations ultra-violettes élèvent assez régulièrement le taux du calcium assimilé et souvent même au delà des chiffres normaux chez la plupart des sujets présentant un déficit de calcium organique dans le sang.

Les tuberculeux soignés dans les sanatoriums bénéficient donc actuellement d'un traitement qui assure à l'organisme une reminéralisation à laquelle bénéficie aussi le système dentaire, permettant ainsi aux dents de résister plus efficacement à la propagation de la carie dentaire.

Les cas cliniques qui suivent illustrent les observations émises dans la présente thèse.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Dans nos observations à la Clinique militaire, nous n'avons jamais pu constater des lésions tuberculeuses au niveau des gencives, ni sur n'importe quelle région de la muqueuse buccale. Le Dr Voûte, médecin chef du sanatorium a pu observer un seul cas semblable sur 654 malades qui ont déjà passé à la clinique militaire jusqu'à ce jour. Il s'agissait d'un cas de *lupus vulgaris* du nez et des muqueuses buccales chez un patient présentant des lésions tuberculeuses multiples. Selon Partsch (8), la muqueuse buccale offre un terrain très peu favorable au développement du bacille de Koch. C'est chez d'anciens phthisiques que se rencontrent le plus souvent les lésions tuberculeuses au niveau de la cavité buccale.

Il serait inutile de faire dans la présente thèse un relevé complet des 200 traitements dentaires effectués par nous à la Clinique militaire. Nous nous contenterons de spécifier que jusqu'à ce jour, nous n'avons jamais trouvé une dentition intacte lors d'un premier examen buccal; ce qui n'est du reste pas étonnant, puisqu'une dentition tout à fait exempte de carie dentaire ne se rencontre que très rarement chez des adultes sains.

Pour justifier nos conclusions, précédemment émises, nous nous arrêterons seulement sur les cas qu'il nous a été permis de revoir un certain temps après notre premier travail. Les cas cliniques qui suivent montrent que les résultats obtenus sont presque toujours très réjouissants.

1. C. M. 1898. Vaud.

Malade depuis 1925. Entré en clinique 1926.

Diagnostic: tuberculose double, exudative, peu progressive.

Etat général: assez bon.

Sédimentation des globules rouges 7 — 18 62 (d'après système Westergreen).

Bacilles positifs.

Premier traitement dentaire: du 14 I au 5 XI 1929.

Visite de bouche: dentition négligée, mais mastication suffisante.

Travail exécuté: 8 obturations avec plusieurs traitements de racine dont 2 avec gangrène pulpaire.

Deuxième traitement dentaire du 12 I 1929 au 25 V 1929.

4 nouvelles obturations ont dû être faites ainsi qu'une extraction.

L'état général s'est amélioré, mais les poumons n'ont pas changé; crachats toujours positifs.

Evolution du traitement dentaire: normale.

2. L. I. 1899. St-Gall.

Malade depuis 1925. Entré en clinique 1927.

Diagnostic: tuberculose exudative du lobe supérieur droit, peu d'activité.

Etat général: satisfaisant.

Sédimentation des globules rouges: 6 — 8 - 76.

Bacilles positifs.

Premier traitement dentaire: du 14 I au 4 V 1927.

Visite de bouche: dentition partiellement négligée. Le patient est porteur d'une prothèse supérieure de 10 dents. Mastication insuffisante.

Travail exécuté: 7 obturations dont une avec traitement de racine. 10 extractions sous anesthésie locale ou régionale. Prothèse inférieure de 10 dents placée 2 mois et demi après les dernières extractions sur une gencive bien guérie.

Le patient a été revu 17 mois après la fin du premier traitement. Toutes les obturations étaient intactes et il n'y avait pas de nouvelles caries dentaires. L'état général est resté stationnaire. Au point de vue poumons, pas d'améliorations, bacilles toujours positifs.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

3. M. E. 1904. Zurich.

Malade depuis 1925. Entré en clinique 1926.

Diagnostic: légère tuberculose productive du poumon droit.

Sédimentation des globules rouges: 1 — 3 — 45.

Bacilles négatifs.

Premier traitement dentaire du 14 I au 11 VI 1927.

Visite de bouche: prothèse supérieure. Dents du bas négligées. Mastication insuffisante.

Travail exécuté: 2 obturations. 1 couronne or avec traitement radiculaire et un partiel inférieur de 4 dents et 2 crochets.

Deuxième visite de bouche 14 mois plus tard. Pas de nouvelles caries.

Etat général: patient pratiquement guéri.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

4. S. F. 1902. Vaud.

Malade depuis 1926. Entré en clinique 1926.

Diagnostic: tuberculose fibreuse des deux sommets.

Sédimentation des globules rouges: 30 — 53 — 110.

Lymphocytes: 32 %.

Bacilles positifs.

Premier traitement dentaire: du 26 XI 1927 au 2 VI 1928.

Visite de bouche: dentition très négligée. Nombreuses caries profondes. Mastication défectueuse.

Travail exécuté: 10 obturations dont 5 avec traitement pulpaire.

Nous avons revu le malade 17 mois après la première visite de bouche. Une seule dent était légèrement cariée; toutes les obturations étaient intactes.

Etat général: amélioré, bacilles négatifs.

Sédimentation des globules rouges: 2 — 3 — 40.

Lymphocytes: 65 %.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

5. F. G. 1906. Tessin.

Malade depuis 1927. Entré en clinique 1927.

Diagnostic: tuberculose double, 3^{me} degré.

Etat général: bon.

Sédimentation des globules rouges: 2 — 4 — 32.

Bacilles négatifs.

Premier traitement dentaire: du 21 XII 1927 au 17 XI 1928.

Visite de bouche: dentition très négligée. Les dents du maxillaire supérieur sont complètement cariées, celles qui peuvent être sauvées sont soignées, les autres sont extraites et remplacées par une prothèse.

Travail exécuté: 4 obturations et trois traitements de racine. 11 extractions. Pose d'une prothèse supérieure de 10 dents et deux crochets.

Nous avons revu le malade 20 mois après la première visite de bouche, et avons pu constater que les obturations étaient intactes et qu'aucune nouvelle carie appréciable n'était apparue.

Etat général: amélioré, bacilles négatifs.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

6. S. K. 1899. Bâle-Campagne.

Malade depuis 1926. Entré en clinique 1927.

Diagnostic: tuberculose bilatérale active, fibrocaséuse des deux lobes supérieurs.

Etat général satisfaisant.

Sédimentation des globules rouges: 17 — 34 — 100.

Bacilles négatifs.

Premier traitement dentaire: du 19 II au 24 X 1927.

Visite de bouche: dentition assez soignée. Plusieurs caries. Mastication suffisante.

Travail exécuté: 3 obturations. 1 couronne en or. 3 traitements de racine. 1 extraction sous anesthésie régionale.

Le malade est revenu à la clinique militaire après une absence de 15 mois.

Deuxième visite de bouche: quelques nouvelles caries se sont formées, par contre les obturations sont restées intactes.

Etat général: aggravé; bacilles positifs.

Evolution du traitement dentaire: normale.

7. L. M. 1902. St-Gall.

Malade depuis 1928. Entré en clinique 1928.

Diagnostic: tuberculose hilare, résidu de pleurésie gauche.

Etat général: bon.

Sédimentation des globules rouges: 10 — 28 — 90.

Lymphocytes: 28 %.

Bacilles négatifs.

Premier traitement dentaire: du 14 VII au 4 VIII 1928.

Visite de bouche: dentition assez soignée. Quelques caries profondes. Mastication suffisante.

Travail exécuté: 2 obturations dont une avec traitement pulpaire. 2 extractions sous anesthésie locale.

Le malade a été revu 12 mois plus tard. Une nouvelle dent a dû être soignée.

Etat général amélioré, bacilles négatifs.

Evolution du traitement dentaire: normale.

8. O.W. 1900. Berne.

Malade depuis 1928. Entré en clinique 1929.

Diagnostic: tuberculose active, progressive, exudative du poumon droit avec caverne au lobe supérieur.

Etat général: assez mauvais.

Sédimentation des globules rouges: 26 — 56 — 110.

Bacilles positifs.

Premier traitement dentaire: du 16 I 1929 au 10 VIII 1929.

Visite de bouche: dentition très négligée. Nombreuses caries. Mastication mauvaise.

Travail exécuté: 8 obturations dont 3 avec traitement de racine. 1 extraction. 1 prothèse inférieure de 6 dents et 2 crochets.

En mars 1930, une nouvelle visite de bouche n'a pas révélé de nouvelles caries dentaires.

Etat général: grande amélioration. Pneumothorax artificiel. Très peu de crachats. Pas de bacilles.

Sédimentation des globules rouges: 3 — 12 — 70.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

9. G. H. 1901. Berne.

Malade depuis 1926. Entré en clinique 1927.

Diagnostic: Spinaventosa-métatarsi IV droit.

Sédimentation des globules rouges: $4\frac{1}{2}$ — 15 — 73.

Premier traitement dentaire: du 31 III au 16 VI 1928.

Visite de bouche: dentition négligée. Plusieurs caries profondes. Mastication suffisante.

Travail exécuté: 4 obturations et 2 traitements de racine.

Le malade a été revu 19 mois après la première visite buccale, une seule nouvelle carie a été constatée.

Etat général: légère amélioration.

Evolution du traitement dentaire: très satisfaisant.

10. K. E. 1900. Berne.

Malade depuis 1923. Entré en clinique 1925.

Diagnostic: coxalgie tuberculeuse gauche aggravée par une infection mixte des fistules.

Sédimentation des globules rouges: 58 — 97 — 137.

Etat général: très mauvais.

Premier traitement dentaire: du 23 II au 3 XII 1927.

Visite de bouche: dentition déplorable et très négligée. Mastication tout à fait mauvaise.

Travail exécuté: 8 obturations. 23 extractions sous anesthésie locale ou régionale. Prothèse supérieure: 11 dents.

Prothèse inférieure: 8 dents.

Deux ans plus tard, une nouvelle visite de bouche a révélé que presque toutes les dents présentaient de nouvelles caries secondaires. Quelques obturations seulement ont tenu.

Etat général: léger mieux. Infection mixte pas améliorée par le traitement.

Evolution du traitement dentaire: très peu satisfaisant, cependant la mastication est bien meilleure grâce aux prothèses dentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Badrutt Paul, Dr méd.-dent.*: «La question du calcium». Revue Suisse d'odontologie No 5, 1927.
2. *Birkenthal Karl, Dr méd.*: «Beiträge der Zahnkrankheiten des Kindesalters». Berlinische Verlagsanstalt G. m. b. H. Berlin N. W. 23. 1912.
3. *Fargin-Fayolle et Thibault*: «La septicité bucco-dentaire». Son rôle et son importance en pathologie. Paris, G. Dorin, édit., 1930.
4. *Lebourg Lucien*: «The teeth of tubercular patients». Dent. record B.d. 48., 1928.
5. *Mendel J.*: «Contributions expérimentales à l'étude de l'infection tuberculeuse par voie dentaire». (Revue de Stomatologie, 1920).
6. *Neumann, Dr. H.*: «Ueber die Beziehungen der Krankheiten des Kindesalters zu den Zahnkrankheiten». Sammelklin. Vorträge No 172. L. 1897.
7. *Odenthal*: «Cariöse Zähne als Eingangspforten». Dissertation. Bonn 1887.
8. *Partsch Karl, Prof. Dr. méd.*: «Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, der Zähne und Kiefer». München, Bergmann 1924.
9. *Price-Ayes*: «Dental Cosmos». Janvier 1926.
10. *Saraval Umberto*: «Tubercolosi e sistema dentario». Stomatologia 26-1928. (Osservazioni e ricerche chimiche, radiologiche e cliniche).
11. *Vasquez Rodriguez*: Rev. Hig. y. Tlr. 21-1928. «Zahnkaries und die Mortonsche Tuberkulose Trias.
12. *Villareale Leone Miuneci di*: «La terapia calcis-colloïdale nella tubercolosi polmonare (Osp. Magg.) Milano 16, 1928.

